

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

No 384

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jacques BADIE

Né le 16 janvier 1912, à Limoges (Haute-Vienne)

**Étude critique des Stades de la Tuberculose
suivant la conception de Ranke
et plus particulièrement
des Congestions pulmonaires aiguës
de la deuxième période
(Observations personnelles)**

Président : M. CARNOT, *Professeur.*

LIBRAIRIE MALOINE

Société anonyme d'Éditions Médicales et Scientifiques

27, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 27

PARIS, 1939

186

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jacques BADIE

Né le 16 janvier 1912, à Limoges (Haute-Vienne)

Étude critique des Stades de la Tuberculose
suivant la conception de Ranke
et plus particulièrement
des Congestions pulmonaires aiguës
de la deuxième période
(Observations personnelles)

Président : M. CARNOT, Professeur.

LIBRAIRIE MALOINE

Société anonyme d'Éditions Médicales et Scientifiques

27, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 27

PARIS, 1939

DOYEN... TIFFENEAU

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	R. DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
	LOEPER.
Clinique médicale	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
Clinique ophtalmologique	LENORMANT.
Clinique urologique	TERRIEN.
	CHEVASSU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	LÉVY-SOLAL.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	MOCQUOT.
Clinique thérapeutique médicale	OMBRÉDANNE.
Clinique oto-rhino-laryngologique	RATHERY.
Clinique thérapeutique chirurgicale	LEMAITRE.
Clinique propédeutique	Pierre DUVAL.
Clinique de la tuberculose	Maurice VILLARET.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	TROISIER.
Clinique de cardiologie	MATHIEU.
Clinique de neuro-chirurgie	LAUBRY.
Assistance médico-sociale	Clovis VINCENT.
	N...
Professeurs sans chaire	HASARD.
	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIÉ.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE..... Pathologie chirurgicale.
 BARIÉTY..... Pathologie médicale.
 BÉNARD (H.) .. Pathologie médicale.
 BERNARD (E.) . Pathologie médicale.
 BESANÇON (J.) . Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 COSTE Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 FUNCK Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES.. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 DE GENNES... Pathologie médicale.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.

MM.

LACOMME Obstétrique.
 LANTUÉJOUL .. Obstétrique.
 LAROCHE (G.).. Pathologie médicale.
 LAVIER..... Parasitologie.
 LELONG..... Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LEVY.... Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
 MÉNÉGAUX... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET.... Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET.. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PETIT-DUTAILLIS.. Pathologie chirurgi-
 cale.
 PIÉDELIEVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD..... Ophtalmologie.
 RICHEL Physiologie.
 SÈNEQUE Pathologie chirurgicale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT.. Physiologie.
 GUÉNIOT..... Obs étrique.
 HEITZ-BOYER... Pathologie chirurgicale.

MM.

LARDENNOIS.... Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER..... Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie
 SCHWARTZ..... Pathologie chirurgicale.
 VAUDESCAL.... Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE.	} Clinique médicale.	BASSET.	} Clinique chirurgicale.
AUBERTIN.		BROCQ.	
BRULÉ.		CADENAT.	
CHABROL.		GATELLIER.	
DONZELOT.		MOURE.	
DUVOIR.		QUENU.	
LIAN.		VELTER.	
VALLERY-RADOT (Pasteur).			
SÉZARY.			

MM.	
ÉCALLE.	} Clinique obstétricale.
METZGER.	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Éducation physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*Qui se sont imposé tant de sacrifices, j'offre
ce modeste travail, faible témoignage de ma
profonde affection et de mon infinie reconnais-
sance.*

A MA SŒUR

A TOUTE MA FAMILLE

A TOUS MES AMIS

A MON BEAU-FRÈRE

MONSIEUR LE DOCTEUR RIVET

*Qui par ses précieux conseils décida de ma
carrière médicale et à la bonté de qui je dois
tant.*

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR CARNOT

Professeur de Clinique médicale
Médecin de l'Hôtel-Dieu
Membre de l'Académie de Médecine

*Qui a bien voulu nous faire le grand hon-
neur de présider notre thèse.*

A NOTRE MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR DE LÉOBARDY

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Professeur de Clinique médicale à l'Ecole de Médecine de Limoges
Médecin de l'Hôpital de Limoges
Chevalier de la Légion d'honneur

Les années passées dans son Service nous permirent de profiter de son enseignement clinique remarquable.

Il nous inspira le sujet de cette thèse que que nous aurions voulu plus digne d'un tel Maître.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre gratitude et de notre profonde admiration.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR MARCLAND

Directeur de l'Ecole de Médecine de Limoges
Médecin de l'Hôpital
Chevalier de la Légion d'honneur

*En témoignage de notre reconnaissance pour
l'enseignement précieux qu'il nous a donné.
Hommage très respectueux.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR VOUZELLE

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Professeur honoraire de Clinique chirurgicale
Chevalier de la Légion d'honneur

*Au Maître que nous avons tant apprécié.
Qu'il nous permette de lui adresser l'hom-
mage de notre profonde gratitude.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR LABESSE

Médecin de l'Hôpital

*En témoignage de notre profonde recon-
naissance.*

A MES AUTRES MAÎTRES DE L'HÔPITAL
ET DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE LIMOGES

En reconnaissance de leur enseignement.

**Étude critique des Stades de la Tuberculose
suivant la conception de Ranke
et plus particulièrement
des Congestions pulmonaires aiguës
de la deuxième période**

INTRODUCTION

Suivant depuis le commencement de nos études le service de Phtisiologie, notre Maître, le Professeur de Léobardy nous a instruit de la commodité, comme plan de travail, de la classification de Ranke, et en particulier de la notion intéressante au point de vue thérapeutique et pronostique de ce que nous avons entendu souvent appeler le Ranke II.

La notion de la tuberculose au stade secondaire est une conception très ancienne ou très nouvelle : très ancienne, si l'on tente d'assimiler quelques-unes de ses manifestations aux états autrefois décrits sous le nom de « pré-tuberculose », « imprégnation bacillaire » ; très nouvelle, lorsqu'on l'étudie suivant la classification fondamentale de Ranke.

En rapprochant l'évolution de la maladie tuberculeuse de celle de l'infection syphilitique, Ranke a suscité un grand nombre de travaux tendant à soutenir le bien-fondé de sa théorie ou au contraire à la combattre et la rectifier, et son principal mérite est d'avoir voulu donner à la tuberculose une classification claire et simple.

Il nous est apparu que les divergences des auteurs pouvaient résulter de la multiplicité de dénominations des congestions pulmonaires aiguës de la période secondaire et nous avons cru, sous le terme général de Ranke II, pouvoir grouper celles-ci en un tableau simple et précis au point de vue clinique, radiologique, bactériologique et thérapeutique.

Nous nous proposons de faire successivement :

- Dans un premier chapitre, une revue rapide des travaux de Ranke et de ceux des différents auteurs qui l'ont précédé ou suivi.
 - Dans un deuxième chapitre, un exposé de faits observés personnellement dans le service de notre Maître, le Professeur de Léobardy.
 - Enfin, dans un troisième chapitre, une discussion de ces faits et les déductions thérapeutiques qui en découlent.
-

CHAPITRE I

HISTORIQUE

Les anciens auteurs concevaient l'évolution de la tuberculose d'une façon à la fois assez simple et compliquée en raison du grand nombre des formes décrites.

Sans chercher à relier par une vue d'ensemble les diverses manifestations de l'infection tuberculeuse, ils décrivaient les différentes phases anatomiques des lésions : stade de germination et de conglomération des tubercules, stade de ramollissement et d'excavation.

Le premier, Behring, plus tard Landouzy, Bard, Röhmer, Léon Bernard, Rist, Bezançon, Sergent montrèrent que la tuberculose de l'adulte était le réveil d'une tuberculose de l'enfance, laquelle n'avait pas du tout les mêmes manifestations cliniques.

Ranke, de Munich, décrivit en 1916, dans les *Archiv für Klinische Medizin*, les phases successives de la tuberculose humaine et soutint que la maladie bacillaire évoluait, tout comme la maladie tréponémique, selon trois stades nettement différenciés anatomiquement et cliniquement.

Selon cet auteur, la période primaire consécutive à la contamination aérienne est caractérisée par le complexe primaire, chancre d'inoculation et adénopathie satellite, et l'apparition des signes allergiques de réaction aux épreuves tuberculiniques. C'est la primo-infection.

La période secondaire, d'abord intitulée « période de

maladie pulmonaire avec tuberculose généralisée », est dominée par la note inflammatoire et souvent la régression du processus tuberculeux, mais aussi par l'hypersensibilité de l'organisme infecté et l'existence possible de disséminations sanguines ou lymphatiques, telles que granulies, infiltrations diffuses, pleurésies, méningites.

Enfin, la période tertiaire est un stade d'immunité relative, comprenant toutes les manifestations cliniques et anatomiques de la tuberculose chronique localisée au parenchyme, les ganglions « réagissant extrêmement peu alors qu'il y a d'énormes altérations pulmonaires ».

En 1922, Ranke compléta, dans les *Beitrag zur Klinik der Tuberkulose*, son premier article.

Dans cette nouvelle étude, cet auteur précisa certains points ; en particulier, il concéda que des lésions congestives peuvent s'observer à la troisième période. Il tenta de placer le cycle des périodes sous le signe des modifications de l'état humoral avec variation de l'allergie.

Mais nombreux furent les auteurs qui critiquèrent le cycle de Ranke. Marchand, dès 1922, Lieber Meister, en 1925, s'élevèrent contre la séparation trop rigide en trois stades.

Hubschmann, Schlossmann, Eliasberg et Kahn, Lydtin pensèrent que Ranke accorda trop d'importance aux processus immuno-biologiques.

Ziegler et Curshmann contestèrent la succession des périodes et leur identification par telle ou telle voie de dissémination du virus.

C'est l'existence de la période secondaire qui a été la plus discutée. A ce propos, nous pouvons citer les publications de Schulz, de Schmincke, d'Ignatowski, de Herms et de Redeker. On reconnut finalement son autonomie comme période de transition essentiellement variable suivant les sujets, souvent très bruyante, souvent absolument muette.

Cette conception de Ranke, tout d'abord rejetée systéma-

tiquement par certains auteurs, discutée par d'autres, finit pourtant à la longue par conquérir droit de cité.

D'une part, à la suite de Ranke, de Redeker, de Ribadeau-Dumas, un grand nombre d'auteurs, en France et en Allemagne, ont assez bien précisé les caractères du foyer d'inoculation et l'inflammation périfocale, l'alvéolite initiale et les processus épituberculeux greffés autour d'elle.

On a précisé, d'autre part, les caractères de la tuberculose tertiaire, son début anatomique variable suivant l'étendue des territoires pulmonaires envahis : nodules, frühinfiltrats, lobites, et ses expressions cliniques différentes suivant les circonstances individuelles.

Enfin, Bezançon substitua la notion des poussées évolutives à la conception de l'évolution progressive de la tuberculose, telle que l'enseignait encore Grancher.

Mais ce qui n'a pas été étudié encore très complètement, c'est la période qui se place entre la primo-infection et le début classique de la tuberculose commune.

Il y a quinze ans, l'un de nous, lors d'un stage d'instruction à Leysin (Suisse), avait été très intéressé par le Professeur Morin, de la Faculté de Médecine de Lausanne, qui, aux lumières de cette classification de Ranke, avait pu trier et donner une physionomie clinique, radiologique et thérapeutique très particulière à ces congestions tuberculeuses aiguës alors mal classées pour lesquelles on était appelé souvent à instituer un pneumothorax inutile, voire même dangereux, et à formuler parfois un pronostic très sévère, alors qu'en général il s'agit d'affections d'une remarquable bénignité.

Il n'est pas douteux que depuis fort longtemps les auteurs français, tels que Grancher, dès 1883, en décrivant la « spléno-pneumonie tuberculeuse », puis Bezançon et Braün, sous le nom de « foyer pneumonique tuberculeux curable », avaient probablement vu et décrit des faits analogues.

Ainsi que le dit Redeker au Congrès de l'Association allemande de la Tuberculose à Wiesbaden, en 1928 : « Les Français ont connu bien avant nous et bien mieux que nous les différentes formes d'infiltration précoce que nous avons si longuement discutées. Mais ils n'ont pas su en profiter, tout leur a fondu dans la main et cela uniquement parce qu'il leur a manqué la lumière des géniales conceptions de Ranke. »

Géniale serait peut-être trop dire, mais claire, précise, commode sont certainement les qualificatifs que mérite la classification de Ranke, et il n'en reste pas moins qu'à la suite de celle-ci, une grande lumière s'est faite sur la phtisiogénèse qui, comme l'a écrit Wagner, « est de tous les problèmes de la tuberculose celui qui est le plus difficile à comprendre et à expliquer ».

*
**

Les congestions pulmonaires aiguës de la deuxième période, dont nous rapportons quelques exemples et que par commodité nous classons sous le terme général de Ranke II, semblent avoir fait l'objet de travaux de la part d'un grand nombre d'auteurs sous de multiples dénominations.

En 1883, le bacille de la tuberculose n'étant découvert par Robert Koch que depuis un an, Grancher, n'ayant pas alors la radiologie à sa disposition, soupçonnait déjà la nature tuberculeuse du foyer qu'il décrivait dans une communication faite à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris : « un état morbide du poumon, sorte de pneumonie subaiguë qui simule une pleurésie avec un épanchement moyen » et auquel il donna le nom de spléno-pneumonie.

A la suite de Grancher et de ses importants mémoires, ses élèves publient de nombreux travaux. En 1885, Queyrat

rapporte plusieurs cas de spléno-pneumonie, qu'il définit « congestion pulmonaire à forme de pleurésie », et insiste sur l'étiologie tuberculeuse de cette affection.

En 1891, M^{lle} Brandhender développe les idées de Grancher sur les formes spéciales à l'enfance.

Enfin, vers 1900, Variot et Chicotot complètent les descriptions cliniques de Grancher grâce au concours de la radiologie.

A cette époque, en Italie, de Porcelli et de Valenzia semblent être les premiers à traiter de ce sujet.

Capuccio, en 1904, démontre, d'une façon certaine, l'origine tuberculeuse de cette affection.

En 1906, le Professeur Jovane, de Naples, insiste sur l'évolution lente de ces spléno-pneumonies.

En France, en 1911, V. Hutinel souligne la coexistence très fréquente de la spléno-pneumonie et de l'adénopathie trachéobronchique.

Dans sa thèse (Lyon, 1910), Horand, élève de Tripier, rapporte un cas de spléno-pneumonie tuberculeuse appuyé d'autopsie.

En 1912, Bezançon et Braün décrivent les « foyers pneumoniques tuberculeux curables ».

En 1913, à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, M. Savy, Lereboullet, Ribadeau-Dumas, Devé publient des faits semblables et s'accordent pour trouver de nombreux points communs entre l'affection qu'ils décrivent et la spléno-pneumonie type Grancher.

En 1920, M^{lle} Eliasberg et Neuland décrivent « l'infiltration épituberculeuse ».

Puis paraît une suite de publications :

« L'infiltration pulmonaire susceptible de régression » (Langer, 1922).

« La réaction pulmonaire paratuberculeuse » (Engel, 1922).

« La spléno-pneumonie tuberculeuse curable » (Armand-Delille et Dufourt, 1925).

« L'inflammation collatérale » (Tendeloo).

« La réaction périfocale » (Schmincke et Röhmer).

« L'inflammation périnodulaire » (M^{me} Laplane de Sèze, thèse Paris, 1927).

Enfin, en 1935, Dufourt et Brun reprennent le terme d'építuberculose pour désigner ces processus pneumoniques tuberculeux curables de la période secondaire.

Benda et Mollard étudient les építuberculoses autonomes de l'adulte qui sont, selon eux, des foyers spléno-pneumoniques évoluant autour de lésions pulmonaires discrètes.

« Les infiltrats pulmonaires labiles » d'Ameuille et Lejard sont d'après ces auteurs des variétés de foyers tuberculeux spontanément et rapidement curables.

C'est cette multiplicité de dénominations données par les différents auteurs aux congestions pulmonaires aiguës de la deuxième période, qui nous a incité à faire cette étude en les groupant sous le terme général de Ranke II.

CHAPITRE II

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

M^{lle} B..., âgée de 17 ans, bien portante jusqu'alors, tombe malade le 4 février 1936.

Rien de particulier dans ses antécédents héréditaires : père et mère bien portants.

Comme maladie du jeune âge, elle a eu la coqueluche, la rougeole à 10 ans.

Depuis quelques mois, M^{lle} B... présentait de l'inappétence, se plaignait de malaises et d'amaigrissement.

Le 4 février, M^{lle} B... est prise brusquement de douleurs thoraciques, d'un point de côté à type pneumonique et d'une élévation de la température à 39°2 .

Le lendemain, la température est à 40°5, les douleurs thoraciques persistent, le D^r de L..., qui est appelé, constate l'apparition très rapide à la base droite de signes stéthacoustiques importants.

A la percussion : matité très marquée. A l'auscultation : souffle tubaire mais pas de râles.

La malade tousse peu, présente une légère dyspnée, mais aucune expectoration.

Néanmoins, d'après ces symptômes, le D^r de L... diagnostique une congestion pulmonaire pneumococcique grippale.

Pendant huit jours, la température oscille entre 39° et 40°. L'état général n'est pas trop mauvais. La langue est humide ; au début la malade présente un peu d'oligurie mais rapidement les urines deviennent normales.

Au neuvième jour, ne voyant pas survenir de défervescence

et l'état général devenant mauvais, on a des doutes sur la nature de l'affection.

A ce moment les signes stéthacoustiques se modifient. Le souffle devient plus voilé, plus expiratoire ; il prend le type pleural. Pensant à la possibilité de liquide purulent, trois ponctions exploratrices sont tentées à deux jours d'intervalle. Toutes les trois sont négatives.

Au bout de quinze jours la malade est enlevée de l'établissement scolaire où elle se trouvait et transportée en clinique. La température oscille toujours entre 38° et 39°.

On fait une radiographie. Celle-ci montre une condensation importante de la base droite, se confondant avec l'ombre diaphragmatique et caractéristique par son homogénéité.

A gauche, on remarque un essaimage miliaire.

On pratique une cuti-réaction qui est très positive et dont la cicatrice sera très longue à disparaître, à tel point que la jeune fille en était mécontente, la croyant indélébile.

On craint la possibilité d'une pneumonie caséuse. Par une potion expectorante, on obtient une expectoration spumeuse et blanche, où on put trouver de très rares bacilles, une seule fois. Toutes les autres recherches de bacilles de Koch dans le liquide de lavage gastrique et dans les selles sont restées négatives.

C'est l'absence de ces bacilles qui fait qu'on ne pratique pas de collapsothérapie.

La température et les signes locaux persistent pendant deux mois ; la malade garde le lit, on l'alimente le plus possible, on prescrit l'huile camphrée, l'ouabaïne.

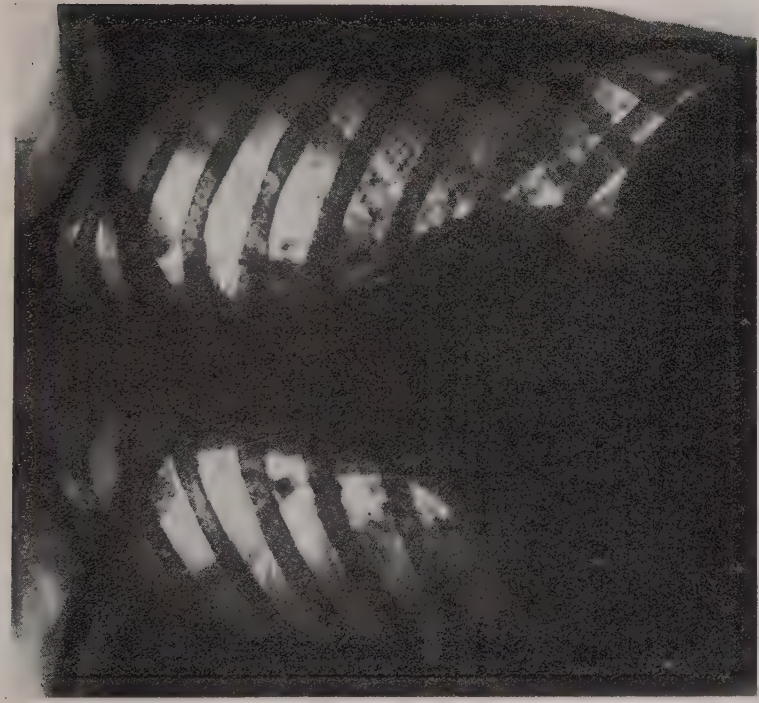
Au mois d'août, la malade se lève, mais fait de la chaise longue. La température oscille encore entre 37°2 et 38°. Progressivement, avec le repos complet, la guérison survient, l'image radiologique se résorbe et, au mois de février 1937, la température ne dépasse plus 37°4.

Actuellement, M^{lle} B... a une santé parfaite et il ne lui est resté aucune séquelle.

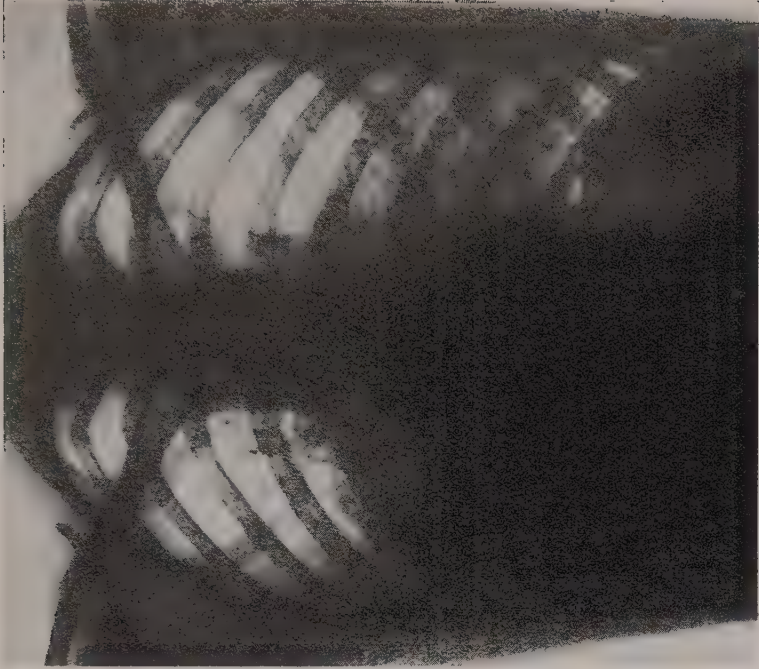
OBSERVATION II

M^{me} M..., âgée de 24 ans, ouvrière en chaussure, est mariée depuis trois ans. Elle a une fille de 18 mois.

Comme antécédents familiaux, rien de particulier ; père et



Obs. I. - 2.



Obs. I. - 1.

mère décédés. Elle a un frère et une sœur, tous les deux en bonne santé.

Dans ses antécédents personnels, on ne relève que les oreillons, à l'âge de 6 ans.

Le 15 juillet 1936, alors qu'elle est mariée depuis trois semaines, M^{me} M... est prise brusquement de frissons, de douleurs thoraciques et de céphalée. La température est à 39°5. A ce moment le D^r L..., consulté, diagnostique une congestion pulmonaire grippale.

L'examen révèle de la matité à la percussion et à l'auscultation un souffle, quelques petits râles et frottements à la base droite.

Le D^r L... fait hospitaliser la malade. A ce moment, la malade tousse un peu, présente un peu de dyspnée, mais pas d'expectoration.

La température oscille entre 39° et 40°, et la malade se plaint de douleurs thoraciques.

On fait une radiographie qui montre à la base droite une ombre dense, homogène, située autour du pédicule bronchique inférieur.

Malgré la température, l'état général de la malade n'est pas mauvais et on l'alimente légèrement.

Au bout de quinze jours, la température baisse aux environs de 38°. Vingt-huit jours après son entrée à l'hôpital, la malade sort.

Pendant sept mois, M^{me} M... suit un traitement aux sels d'or à faibles doses (10 cgr.).

Le 30 octobre 1936, la malade ne tousse pas, son poids, qui avait diminué, est de 50 kgr. et, à l'écran, on voit toujours à la base droite une légère ombre diffuse.

Le 7 janvier 1937, même état.

Le 7 avril, M^{me} M... consulte de nouveau le D^r L... Elle se plaint de n'avoir pas beaucoup d'appétit depuis quelques temps. Elle ne tousse pas, mais elle vomit depuis un mois. Elle n'a plus ses règles. Le D^r L... diagnostique une grossesse. Son poids est de 48 kgr. 600. A la scopie, on voit une légère exagération du pédicule inférieur.

En novembre 1937, M^{me} M... accouche, sans complication, d'une petite fille, qui est vaccinée au B. C. G.

Le 11 mars 1938, le D^r L... constate une diminution de la

respiration à la base droite. La malade est enrhumée. Son poids est de 52 kgr.

Le 30 août 1938, M^{me} M... vient consulter. Elle tousse depuis un mois ; elle n'a pas de température, mais elle maigrit. Elle est de nouveau enceinte de trois mois.

Une radiographie montre une petite caverne à droite, à la place de l'ombre homogène constatée deux ans plus tôt et qui avait disparu.

On juge nécessaire d'interrompre la grossesse et d'instituer un pneumothorax le 10 août 1938.

Une bride pleurale gêne partiellement l'action du pneumothorax.

En février 1939, le Dr L... fait entrer de nouveau la malade à l'hôpital, où elle est toujours.

Actuellement, la température oscille entre 38° et 39°. On entretient régulièrement le pneumothorax.

OBSERVATION III

M^{lle} G..., 22 ans, va consulter le Dr L... le 20 janvier 1937, parce qu'elle tousse depuis quinze jours, souffre de douleurs dans les épaules.

Rien à signaler dans ses antécédents.

M^{lle} G... aurait craché du sang quelques jours avant. De plus, elle se plaint de fatigue, d'inappétence. Elle n'a pas de fièvre, pas de transpiration nocturne. L'examen des poumons est négatif. Le cœur est rapide, le pouls à 130 ; on entend un léger souffle présystolique de la pointe.

L'examen radioscopique montre une petite tache sus-diaphragmatique à droite.

Le 27 janvier, M^{lle} G... revient consulter le Dr L... parce qu'elle se plaint toujours de fatigue, d'anorexie et d'un léger état subfébrile avec toux.

Le 3 février, la malade tousse toujours, ne crache pas. La température oscille entre 38° et 38°9. On constate à l'écran une augmentation notable de la tache pulmonaire. Le Dr L... prescrit le repos au lit et commence un traitement à la chrysalbine (10 cgr. puis 15 cgr.). A cette date, l'examen radioscopique montre une ombre dense, homogène, à la base droite avec image de scissurite.

La température est aux environs de 39°, puis baisse lentement.

L'examen révèle de gros signes physiques à la base et à la partie moyenne du poumon droit.

A la percussion : une matité absolue. A l'auscultation : un souffle du type tubaire, de la pectoriloquie aphone, de nombreux râles fins sous-crépitants. Une ponction exploratrice est négative.

La malade reste alitée pendant quatre mois, puis l'amélioration se fait lentement et la malade se lève.

Le 17 juin 1937, la malade va bien, son état général est bon, elle ne tousse pas, ne crache pas, ne fait pas de température.

A l'écran, on voit une diminution de l'ombre droite.

Le 4 août, bon état, la malade mange beaucoup. A l'examen, on constate toujours de la pectoriloquie aphone.

Le 1^{er} octobre, M^{lle} G... a pris 3 à 4 kgr. de poids.

Le 22 novembre 1937, la malade retousse un peu.

Le 14 janvier 1938, on note un léger infiltrat du côté gauche. On ordonne le repos et les sels d'or.

Le 30 avril, la malade va mieux ; on continue les sels d'or.

Le 11 octobre, la malade va bien, les lésions sont stabilisées, le poids a augmenté de 1 kgr.

Le 2 décembre 1938, on note un infiltrat plus important sur le bord gauche du cœur.

Le 20 février 1939, on institue un pneumothorax pour un infiltrat avec spéléonque, du côté gauche.

OBSERVATION IV

M^{me} D..., 24 ans, cultivatrice, entre dans le service le 17 avril 1939.

Antécédents héréditaires : père et mère bien portants. M^{me} D... a dix frères et sœurs, tous bien portants.

Elle a eu dans son enfance la coqueluche et la rougeole. Mariée à 17 ans, elle a actuellement trois enfants de 7, 4 et 3 ans, tous en bonne santé.

Le début de la maladie remonte au mois de janvier 1939. Un soir, la malade ressentit des douleurs à la partie inférieure de l'hémithorax droit. Ces douleurs sont vives et continues, exagérées par l'inspiration. Elles durent quatre jours. La

malade ne consulte pas de docteur à ce moment-là. Elle n'a pas de fièvre, pas d'anorexie, pas d'asthénie, pas de sueurs nocturnes.

Un mois et demi plus tard, les douleurs réapparaissent, irradiant vers l'épaule gauche. En l'absence d'autres symptômes, le Dr V..., consulté, prescrit un liniment calmant. Pas de résultat.

Alors apparaissent de l'asthénie, de l'inappétence et la température s'élève entre 38°5 et 39°.

Le Dr V... trouve à l'examen : de la matité à la percussion de l'hémithorax droit. L'auscultation permet d'entendre un souffle du type pleural. Pensant à la possibilité d'une pleurésie, le Dr V... fait une ponction exploratrice. Il ne trouve pas de liquide. Prescription de potion tonique.

Depuis le début de sa maladie, M^{me} D... tousse un peu, mais ne crache pas du tout.

Son état général s'améliore pendant une huitaine de jours.

De nouveau, la température remontant à 38°5-39°, le Dr V... fait pratiquer une radiographie pulmonaire et hospitaliser la malade.

M^{me} D... entre dans le service le 17 avril. Une radiographie faite le même jour montre à droite une ombre dense, homogène, péri-scissurale et, séparée de cette dernière, à la partie supérieure de l'hémithorax, une ombre simulant une poche de pleurésie enkystée. Cette dernière disparaîtra en huit jours.

L'interrogatoire nous apprend que la malade a bon appétit, mais se plaint de constipation. Habituellement bien réglée, M^{me} D... a eu ses dernières règles le 20 décembre 1938. L'examen montre une grossesse d'environ trois mois et demi.

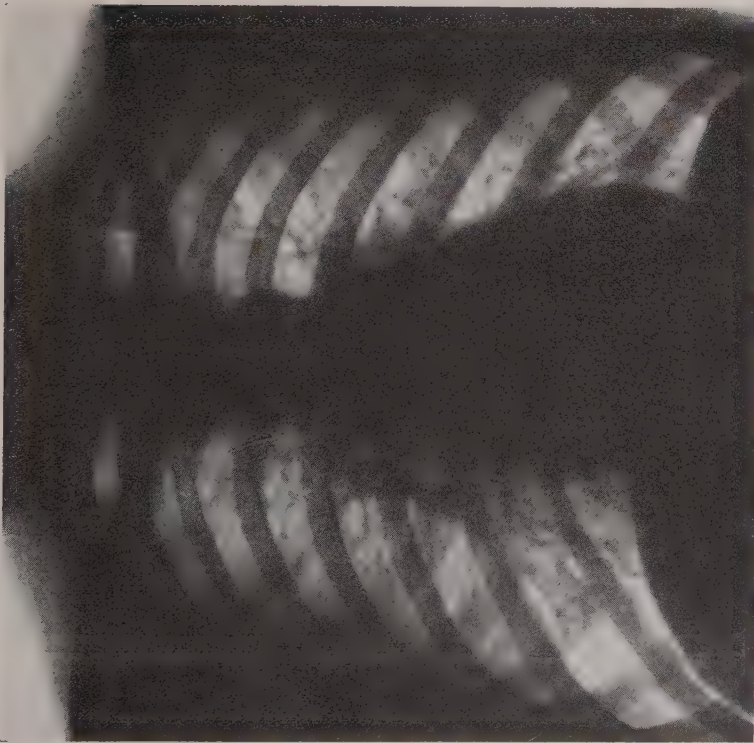
La percussion du thorax est normale à gauche. Mais on trouve de la matité de l'hémithorax droit surtout dans l'aiselle. L'auscultation ne décèle ni souffle, ni râles, mais une simple diminution du murmure vésiculaire.

La température est de 38°4, mais en huit jours elle tombe à 37°2-37°4.

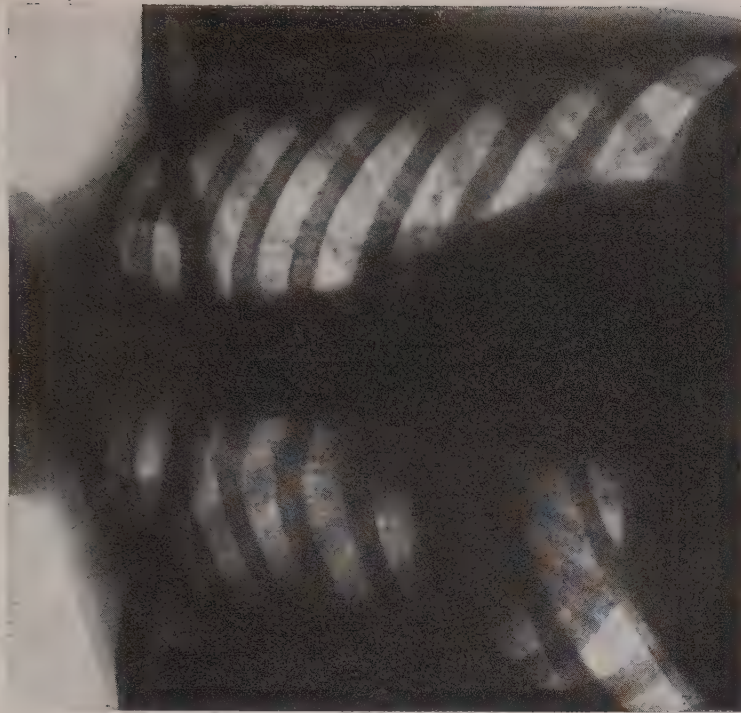
Actuellement, la malade ne suit aucun traitement, elle reste au repos, ne tousse pas, mange bien et prend du poids.

La dernière radiographie faite le 6 mai montre toujours à la base droite une ombre homogène mais moins dense et l'intégrité totale du champ pulmonaire gauche.

M^{me} D... doit partir se reposer chez elle.



Obs. V. - 2.



Obs. V. - 1.

OBSERVATION V

E... R..., âgé de 18 ans, est peintre en lettres.

Rien de particulier à signaler dans les antécédents héréditaires. Un frère mort à l'âge de 2 ans d'une méningite.

Dans ses antécédents personnels, on retrouve successivement la rougeole, la varicelle, la coqueluche.

Au début de sa maladie, en janvier 1938, le malade pesait 50 kgr.

Le 12 janvier 1938, E... R... se plaint de céphalée, de vertiges et de frissons datant de trois à quatre jours pendant lesquels la température oscille de 37°4 à 38°9.

A cette date, le Dr R..., consulté, constate que la langue est blanche, le fond de la gorge légèrement rouge. A l'auscultation, la respiration est rugueuse avec quelques sibilances et petits râles crépitants fins aux bases surtout à gauche.

Le malade a une petite toux quinteuse, mais il ne crache pas.

Le Dr R... pense à un état grippal avec phénomènes pulmonaires. La température est à 38°9.

Dans la nuit du 14 au 15, le malade a une importante épitaxis. Celle-ci se répète le 19 janvier, plus importante, ce qui incite les parents du malade à appeler un spécialiste qui pratique un tamponnement nasal.

Le 20 janvier, la température est à 40°, le malade se plaint de violentes douleurs abdominales et la constipation qui existait depuis le début de la maladie se transforme en une diarrhée fétide.

Les jours suivants, il se produit une amélioration légère de l'état général. Les maux de tête cessent, la température baisse et oscille entre 37°4 et 38°. Les râles des bases s'atténuent. Cette amélioration dure trois à quatre jours.

Puis la température remonte et surtout l'état général est moins bon.

Le Dr de L... est appelé en consultation. Après examen, on procède à une prise de sang en vue d'un séro-diagnostic ; celui-ci est négatif pour le bacille typhique.

Huit jours après, deuxième séro-diagnostic également négatif.

La température étant très élevée, aux environs de 40°, et

l'état général mauvais, une nouvelle consultation est demandée au D^r de L... Il est alors décidé, malgré la température, de procéder à un examen radioscopique des poumons afin d'identifier une affection tuberculeuse aiguë en évolution.

Le 2 février, un film montre l'intégrité complète du champ pulmonaire gauche, mais à droite une ombre dense, homogène, périscissurale.

On essaye d'alimenter le malade qui a beaucoup maigri. La température, qui était descendue à 38°, remonte à 40°. Les jours suivants, le malade se plaint de violentes douleurs thoraciques, de sensations d'étouffement et de céphalée. La nuque est raide et le malade souffre de douleurs dans les jambes.

Chaque fois que l'on essaye d'alimenter le malade, on constate une élévation de la température.

Au mois de mars, les douleurs thoraciques sont moins violentes, la température oscille autour de 38°, le malade commence à manger. Une radiographie montre toujours à droite une ombre homogène plus étendue.

Au mois d'avril, le malade se lève, a de l'appétit, prend des forces et la température est entre 37°4 et 37°8.

Au mois de juin, la température est à 37° ; E... R... ne ressent aucun malaise ; il pèse à ce moment 52 kgr. ; et il part à la campagne aux environs de Toulouse.

Actuellement, E... R... pèse 56 kgr. et jouit d'une parfaite santé. Une radiographie faite le 2 mai 1939 montre l'intégrité des deux champs pulmonaires.

OBSERVATION VI

L..., 16 ans, est tombé malade le 30 décembre 1936.

Père et mère bien portants, trois frères également bien portants.

Ce jeune homme a eu la rougeole à 2 ans. Il a toujours été sujet aux bronchites.

Le 30 décembre, L... est brusquement pris de céphalée, de douleurs thoraciques, de douleurs abdominales.

Le D^r T..., consulté, porte le diagnostic de paratyphoïde. La température est entre 39° et 40°. Le malade présente de l'anorexie, de la constipation, au début, suivie de diarrhée fétide. Cet état reste stationnaire jusqu'au 11 janvier 1937.

A cette date, la famille fait appeler le D^r F... qui, après examen du malade, constate, à la percussion, de la submatité à gauche, mais aucun signe d'auscultation. La langue est propre, la température est à 40°, le malade a une importante épistaxis qui nécessite un tamponnement nasal.

On fait une prise de sang pour séro-diagnostic. Celui-ci reste négatif pour le bacille typhique.

Le malade tousse légèrement, mais ne crache pas.

On essaye de donner une alimentation légère, à laquelle correspond une élévation de la température à 41°3. On met le malade à la diète lactée et aux bouillons de légumes, la température redescend vers 38°5.

Au mois de février, un deuxième séro-diagnostic reste négatif. Le D^r de L... est appelé en consultation et propose de faire une radiographie des poumons. On diffère celle-ci, le malade étant intransportable à cause de la température.

Le 23 février, on tire un premier film qui montre, à la partie supérieure de l'hémithorax gauche, une image caractérisée par son ombre homogène et dense.

On alimente le malade ; au début, il en résulte quelques réactions fébriles. Puis, les douleurs thoraciques diminuent, les signes d'auscultation sont toujours nuls ; la percussion révèle, en avant, de la submatité sous-claviculaire. La température baisse vers 38°. Le malade commence à se lever et mange avec plus d'appétit.

Une radiographie faite le 19 mai montre, à gauche, un étalement de l'ombre vue antérieurement.

L'état général du malade s'améliore ; il n'a plus de douleurs, il mange bien, prend du poids et, au mois de juin 1937, il part se reposer à la campagne.

Actuellement, L... a pris 20 kgr. depuis deux ans ; une radiographie faite le 14 mars 1939 montre la disparition de l'ombre gauche. L'état général est excellent.

CHAPITRE III

DÉDUCTIONS THÉRAPEUTIQUES

De l'enseignement que nous avons reçu de notre Maître, le Professeur de Léobardy, pendant ces années dans son Service et des observations personnelles que nous rapportons dans cette étude, nous avons cru pouvoir classer, d'après leurs manifestations, les congestions pulmonaires aiguës de la période secondaire de la tuberculose sous deux formes :

- La forme pneumopathique ;
- La forme typho-bacillaire.

La forme pneumopathique est la plus fréquente ; elle représente 80 % des cas environ.

Cliniquement, son aspect rappelle celui de la pneumonie ou de la spléno-pneumonie type Grancher.

Son début simule le plus souvent celui d'une congestion pulmonaire grippale ou pneumococcique. En effet, le tableau est généralement le suivant : point de côté, douleurs thoraciques, frissons, ascension de la température à 39° ou 40°.

L'état général n'est pas aussi mauvais que celui d'une pneumonie. La langue reste humide, il n'y a pas de troubles digestifs et si, au début, le malade présente un peu d'oligurie, rapidement les urines deviennent normales. La toux, peu importante, est facilement calmée par les potions

ordinaires. Nous insistons particulièrement sur l'absence d'expectoration.

L'examen physique révèle de la matité, à la percussion. L'auscultation permet d'entendre un souffle du type tubaire mais pas de râles.

Souvent aussi, en présence d'une matité de bois, d'un souffle plus voilé et plus expiratoire, et de pectoriloquie aphone, on est amené à songer à l'existence d'un épanchement pleurétique. Ces cas correspondent par leurs signes physiques à la forme pseudo-pleurale.

Au neuvième jour, la défervescence classique de la pneumonie ne se produit pas. Tel est le tableau clinique de cette première forme.

La forme typho-bacillaire réalise tout à fait la typho-bacillose de Landouzy.

Elle est marquée par une élévation de la température à 39° ou 40°, des douleurs abdominales, souvent des troubles digestifs : anorexie, constipation suivie de diarrhée fétide, mais il n'y a pas de tujphos et pas de gargouillements dans la fosse iliaque droite.

Le début de cette forme avec céphalée, épistaxis souvent importantes, douleurs abdominales et troubles digestifs, rappelle à s'y méprendre celui de la dothiententérie. Le pouls, relativement discordant par rapport à la température, est parfois ralenti.

A l'inverse de la forme pneumopathique, les signes pulmonaires sont pour ainsi dire inexistants et, en présence d'une hémoculture et d'un séro-diagnostic négatifs, seul le recours systématique à la radiographie permet le diagnostic précoce de cette manifestation pulmonaire congestive de la tuberculose.

La langue très souvent reste propre, et nous avons constaté une élévation de la température correspondant à

chaque tentative de réalimentation, même très légère, au début de cette affection.

Nous voyons donc que, cliniquement, les congestions pulmonaires aiguës de la deuxième période se présentent sous deux formes très différentes.

Il n'en est pas de même au point de vue radiologique. En effet, dans tous les cas que nous avons observés, les images sont identiques dans les deux formes. Elles sont situées surtout à la base et à la partie moyenne ; elles semblent se développer soit autour du pédicule bronchique inférieur où avait eu lieu le chancre d'inoculation et le ganglion satellite, soit autour de la scissure moyenne. Au moins la topographie semble donner raison à une sorte de reviviscence fluxionnaire sur les vestiges, d'une primo-infection.

L'ombre est plus ou moins épaisse, mais un signe pathognomonique est sa teinte uniforme, son homogénéité, à l'inverse des images pneumoniques caséeuses où l'on voit même dans les cas très denses des alternances de points plus obscurs et plus clairs.

L'évolution de ces congestions pulmonaires aiguës est toujours favorable ; tous nos cas sont caractérisés par leur bénignité terminale. Il faut connaître la longue durée de la maladie : de trois à six mois et même plus, mais la restitution *ad integrum* complète, tout au moins radiologique, malgré la densité des images.

Le diagnostic de ces affections se fait surtout par l'absence d'expectoration qui permet d'éliminer une congestion ou une pneumonie banales et une pneumonie tuberculeuse.

Bien entendu, on devra rechercher les bacilles dans la moindre expectoration provenant des voies aériennes et examiner le contenu gastrique après lavage, de même que les selles. Ces examens pratiqués dans toutes nos observations sont toujours restés négatifs.

Le diagnostic radiologique se fait par l'homogénéité de l'ombre.

Les congestions pulmonaires aiguës, que nous étudions sous le nom de Ranke II, se différencient :

1° Des pneumonies et congestions pulmonaires pneumococciques par l'absence d'expectoration, de défervescence au neuvième jour et par leurs images radiologiques différentes de celles, triangulaires, de ces affections.

Nous signalons, à ce propos, ce qu'on a appelé le syndrome de Löeffler, congestion pulmonaire éphémère, trouvaille de radiologie, caractérisée par de l'éosinophilie sanguine. Comme il est de notion ancienne et classique que l'éosinophilie est un signe humoral de la tuberculose à évolution favorable, nous nous demandons si ceux qui ont décrit ce syndrome n'ont pas décrit des Ranke II.

2° Des pleurésies, par la ponction exploratrice sans résultats, celle-ci étant répétée dans les cas douteux.

3° De la pneumonie caséuse, par l'impossibilité de trouver des bacilles même après lavage gastrique et examen des selles et par l'image radiologique ainsi que nous l'avons dit précédemment.

4° De la primo-infection, par son image radiologique. Le diagnostic différentiel entre ces deux affections se pose surtout quand le Ranke II prend le type de la typho-bacillrose, celle-ci pouvant être l'expression clinique du stade I ou II de la tuberculose.

Dans la primo-infection, l'ombre pulmonaire est relativement minime et discrète ; l'ombre ganglionnaire est intense.

Dans le Ranke II, l'ombre ganglionnaire est beaucoup moins importante que l'ombre pulmonaire qui est au maximum.

Enfin, nous signalons, et ce n'est pas une des moindres raisons de notre thèse, les effets malencontreux de toute thérapeutique un peu violente. La chrysothérapie est à rejeter, de même que la collapsothérapie.

Dans le service de Phtisiologie, il y a quinze ans, on ignorait ces congestions type Ranke II, et dans deux cas pris pour pneumonie caséuse, à la suite de collapsothérapie, on vit se développer une méningite tuberculeuse.

Aussi nous enseigna-t-on qu'on ne doit jamais faire de pneumothorax sans que l'examen bactériologique des crachats ne se soit montré riche en bacilles.

Dans la plupart des cas, si les précautions de repos et d'hygiène sont suffisamment prolongées, aucune évolution ultérieure fâcheuse ne se produira. Si, au contraire, ces précautions sont négligées ou si un surcroît de travail, surmenage ou grossesse, est infligé à l'organisme, on peut voir à la place d'un Ranke II évoluer une tuberculose du type tertiaire.

CONCLUSIONS

1° Depuis Ranke, on a voulu comparer l'évolution de la tuberculose à celle de la syphilis. Si cette classification n'est pas exacte, du moins a-t-elle le mérite d'être simple et claire et de classer des faits jusqu'alors bien disparates.

2° Si les accidents de primo-infection et la tuberculose commune étaient déjà bien individualisés et bien connus, entre ces deux états se situaient des manifestations pulmonaires multiples, mal classées, vues par de nombreux auteurs français notamment.

3° La nosographie nous semblerait simplifiée si l'on groupait sous le nom de Ranke II toutes ces congestions pulmonaires aiguës de la période secondaire.

4° Cette classification n'a pas qu'un intérêt didactique. Elle correspond à des caractères bien particuliers et très importants :

- *ces congestions évoluent spontanément vers la guérison ;*
- *toute médication agressive, en particulier la chrysothérapie et la collapsothérapie, est formellement contre-indiquée.*

Vu : le Président de la thèse,
CARNOT.

Vu : le Doyen,
TIFFENEAU.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- AMEUILLE. — L'évolution générale de la tuberculose et la « doctrine des stades » de Ranke (*Rev. Crit. de Path. et de Thérap.*, I, 515-524, mai 1930).
- AMEUILLE et LEJARD. — Infiltrats pulmonaires labiles (*Bulletin et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, décembre 1932).
- ARAOZ ALFARO (G.). — Los periodos secundario y terciario de la tuberculosis pulmonar. La teoria de Ranke (*La Prensa Medica Argentina*, n° 19, 10 de diciembre de 1929, p. 902).
- ARLOING et DUFOURT. — Réflexions sur le cycle de l'infection tuberculeuse humaine (*Presse Médicale*, 1932, n° 100).
- ARMAND-DELILLE. — The « spleno-pneumoni » reactions in pulmonary tuberculosis of children (*Arch. of Pediatr.*, 1922, Bd 39, pp. 353-354).
- ARMAND-DELILLE, GEORGES et DUCROCHET. — Sur quelques cas de réactions spléno-pneumoniques très étendues au cours de la tuberculose pulmonaire infantile (*Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris*, 1922).
- BARLARO (P.-M.). — La tuberculosis pulmonar. La escuela alemana actual (*Prensa Med. Argent.*, 15 : 161-166, 30 juin 1928).
- BENDA et MOLLARD. — L'infiltration péricoccale et l'épithuberculose (*Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, 25 novembre 1935).
- L'épithuberculose et ses manifestations chez l'adulte (*Presse Médicale*, 1^{er} janvier 1936).
 - L'infiltration péricoccale dans la tuberculose pulmonaire, son importance anatomique et clinique (*Revue Médicale Française*, février 1936).

- BERNARD (Etienne). — Infiltration radiologique, post-hémoptoïque (*In communication Ameuille et Lejard, cf. supra*).
- BERNARD (Léon). — La tuberculose pulmonaire (Paris, Masson, éditeur, 2^e édition, p. 290).
- BERNARD (L.) et BEYTHOUX. — La lobite supérieure droite (*Revue de la tubercul.*, 1923, p. 471).
- BERNARD (L.) et LAMY. — Pneumonies prolongées simulant la tuberculose (*Bull. Soc. Méd. Hôp. Paris*, 1933, n° 16).
- BERNARD (L.) et PARAF (J.). — Les formes curables de la tuberculose évolutive du nourrisson (*Annales de Médecine*, 8 août 1926).
- BEZANÇON et BRAÛN. — Foyers pneumoniques tuberculeux curables (*Soc. Méd. Hôp. Paris*, 25 octobre 1912).
- Le stade anatomo-clinique précurseur de la phtisie chronique de l'adulte, la tramite tuberculeuse initiale (*Presse Médicale*, 31 décembre 1927).
- BLUMENBERG (W.). — Kritik der stadichlehre der Tuberkulose unter besonderer Berücksichtigung des Sekundärstadiums Rankes (*Beitr. z. Klin. d. Tuberkulose*, 71 : 385-448, 1929).
- BRANDHENDLER (M^{lle}). — Contribution à l'étude de la spléno-pneumonie de l'enfant (Thèse Paris, 1889).
- BRAÛN (P.). — Formes cliniques et pathogénie des foyers pneumoniques tuberculeux (Thèse Paris, 1911).
- BRAÛN (P.) et MOURAD SAHEB. — Evolution radiologique de quelques poussées fluxionnaires survenant au cours de la tuberculose pulmonaire de l'adulte (*Avenir médical*, novembre 1932).
- BURNAND (R.). — L'évolution actuelle de la Phtisiologie (*Revue Méd. de la Suisse Romande*, n° 8, 25 juin 1938, p. 455).
- CASTAIGNE et PAILLARD. — Tuberculose secondaire (*Journal Médical Français*, juillet 1919).
- CAUSSADE et TARDIEU. — Congestion pulmonaire apicale à répétition. Nature tuberculeuse probable (*Bull. Soc. Méd. Hôp.*, 6 mai 1927).
- CHIRAY (M.), BENDA (R.) et MOLLARD (H.). — L'infiltration péricentrique et l'épithuberculose chez l'adulte.

- COFFIN (M.). — La variabilité des formes de l'infection tuberculeuse récente contredit la théorie de Ranke (*Bull. Soc. de Pédiat. de Paris*, 34 : 621-627, novembre 1936).
- CURSCHMANN (W.). — Ranke's 3 stages and 3 allergic stages of pulmonary tuberculosis (*Beitr. z. Klin. d. Tuberk.*, 69 : 501-513, 1928).
- DEBRÉ et JACQUET. — Le début de la tuberculose : la période ante-allergique (*Annales de Médecine*, 1920, t. VII, n° 2, p. 122).
- DELAFONTAINE (P.) et MOLLARD (H.). — La période secondaire de la tuberculose (*Le Monde Médical*, n° 878, 15 février 1936).
- Les trois stades de la tuberculose. Evolution générale de la tuberculose pulmonaire (*La Médecine*, n° 3, février 1937).
- DELANNOY. — Les foyers congestifs tuberculeux rapidement curables (Thèse de Lille, 1936-1937).
- DIEZ, SOUTO et ESCRIBANO. — Le foyer secondaire dans l'évolution de la tuberculose pulmonaire de l'adulte (*Los Progresos de Clinica*, juin 1935, p. 381).
- DUFOURT et BRUN. — Les épituberculoses. Processus pneumoniques tuberculeux curables des périodes primaires et secondaires (*Journal de Médecine de Lyon*, 5 novembre 1935).
- La place des méningites et des pleurésies dans le cycle de l'évolution tuberculeuse (*Pédiatrie*, n° 1, janvier 1937).
- La tuberculose et les stades de Ranke (*Journal de Médecine de Lyon*, 313-318, 5 juin 1937).
- EDEL. — Remarques cliniques sur la poussée tuberculeuse (*Revue de la tuberculose*, p. 284, mars 1935).
- ELIASBERG et NEULAND. — Die épituberkulöse Infiltration der Lunge bei tuberkulösen Säuglingen und Kindern (*Jahrb. f. Kinderkeilkunde*, 1920).
- Zur Klinik der épituberkulösen und gelatinösen Infiltration der Kindl. Lunge (*Jahrb. f. Kinderkeilkunde*, 1921).
- FISCHER (G.). — L'explication de certains stades évolutifs de

- la tuberculose d'après la morphologie actuelle du virus (*Le Concours Médical*, n° 6 bis, 13 février 1935).
- FISCHER (G.). — La tuberculose pulmonaire en évolution (*Concours Médical*, n° 5 bis, 7 février 1934).
- GARRAHAN. — Pleurite du sommet chez des enfants bacillaires (*Arch. de Méd. des enfants*, avril 1926).
- GIRAUD et SÉDOT. — Les conceptions allemandes actuelles sur l'évolution générale de la tuberculose et sur la classification des formes cliniques de la tuberculose pulmonaire (*Rev. de la Tuberc.*, t. V, n° 1, 1924).
- GRANCHER. — La spléno-pneumonie (*Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 10 août 1883, in *Bull. S. M. H. P.*, p. 14 (mémoires).
- Spléno-pneumonie tuberculeuse (in *Maladies de l'appareil respiratoire*, p. 492 et 269 (Doin, 1890).
 - La spléno-pneumonie de l'enfant (in *Bulletin Médical*, 24 octobre 1888).
- HARMS und KLINKMANN. — Ueber die Primär — und Sekundär — tuberkulose (*Die Tuberkulose*, 1925).
- HAUSSMANN (F. O.). — Clinical importance of Ranke's classification of tuberculosis (*Klin. Med.*, 151-160, 1929).
- HUEBSCHMANN (P.). — Rankesche stadieneiteilung und Miliartuberkulose (*Klin. Wchuschr.*, 7 : 486-490, 11 mars 1928).
- IGNATOWSKI (A. J.) et VON LEMESIC (M.). — Die klinik der sekundären tuberkulose (*Beitr. z. Klin. der Tuberkulose* (Berlin), 1925, LXI, p. 467-488).
- JACOB. — Une ombre arrondie à contours flous sans signes cliniques (*Soc. Méd. Hôp. Paris*, 1^{er} décembre 1933).
- JAQUEROD (M.). — Les conceptions de Ranke et sa classification en trois stades de la tuberculose pulmonaire (*Presse Méd.*, 40 : 509-511, 2 avril 1932).
- Les phases évolutives de la tuberculose pulmonaire (*Presse Médicale*, n° 9, 29 janvier 1938).
- JOANNETTE (A.). — La classification de Ranke (*L'union médic. du Canada*, n° 1, janvier 1934).
- LANGER. — Die Spezifität ruckbildungsfähiger Lungen — in-

- filtrate bei Kindl tuberkulose (*Zeitschr. Kinderheil*, 1922).
- LANGERON (L.). — Lobites et frühinfiltrats (*Journal de Médecine de Lille*, octobre A. 1937).
- LAPLANE DE SÈZE (M^{me}). — La spléno-pneumonie tuberculeuse de la petite enfance (Thèse Paris, 1927).
- LAUTIER. — La réaction périfocale dans la tuberculose infantile (*Archives de Pédiatrie*, 1930).
- LYDTIN (K.). — Zur Stadienlehre K. E. Rankes (*Zeitschr. f. Tuberk.*, 51 : 23-33, 1928).
- MANNES (P.). — L'évolution générale de la tuberculose pulmonaire (*Le Scalpel*, n° 50, 11 décembre 1937, p. 1695).
- MARTINELLI (M.). — Considerazioni anatomo-patologiche e cliniche sul I e II Stadio di Ranke (*Riv. di Pat. e clin. d. tuber.*, 2 : 496-513, 31 mai 1928).
- MIGNOT et MOLLARD. — Les lésions de la tuberculose pulmonaire au cours des trois stades de Ranke (*Lyon Médical*, 15 septembre 1935, p. 305).
- Les lésions de la tuberculose pulmonaire au cours des trois stades de Ranke (*Lyon Médical*, 22 septembre 1935, p. 336).
- MINET, WAREMBOURG, CORNILLE. — Les foyers congestifs rapidement curables dans la tuberculose pulmonaire (*La Clinique*, mars 1935).
- MINET (J.) et WAREMBOURG (H.). — Conceptions nouvelles sur l'évolution générale de la maladie tuberculeuse (*La Presse Médicale*, n° 53, 3 juillet 1937).
- MYERS, DIEHL, BOYNTON et TRACH. — Développement de la tuberculose de l'adulte (*Archives of Internal médecine*, janvier 1937, p. 1).
- NEUMANN (M.). — Zur Frage der « Epituberkulose » im Kindesalter (*Die tuberkulose*, 1926, t. 6, p. 185-190).
- NIEBERLE (K.). — Pathologische Anatomie und Pathogenese der spontanen Tuberkulose der Haustiere unter besonderer Berücksichtigung der Rankeschen Lehre (*Beitr. z. Klin. d. Tuberk.*, 75 : 179-195, 1930).
- NOBÉCOURT. — La première infection tuberculeuse et son

étape initiale chez les petits enfants (*Gazette des Hôpitaux*, 25 novembre 1936, n° 94).

ORSAT. — Le processus pneumonique dans la tuberculose pulmonaire (Thèse de Lyon, 1912).

PAGEL (W.). — Der Beginn der Lungentuberkulose und die Rankesche stadienlehre (*Klin. Wchuschr.*, 9 : 51-58, 11 janvier 1930).

PÉHU (M.) et FAURE (L.). — Les scissurites tuberculeuses de l'enfance (*Revue de Médec.*, 1931, p. 411-439).

PÉHU et PERCHE. — Infiltration spléno-pneumonique tuberculeuse dans l'enfance (*Revue Médecine*, 1934, n° 2).

PÉHU et ROMAND-MONNIER. — Lobite et scissurite azygos associées à une spléno-pneumonie avec scissurite inférieure chez une enfant de 10 ans, tuberculeuse (*Lyon Médical*, 20 décembre 1931).

PELLÉ (A.). — Fréquence de la spléno-pneumonie, ses rapports avec les épanchements pleuraux, les collections sous-diaphragmatiques et la tuberculose pulmonaire (*Ann. de Méd.*, 1922, t. II, p. 300-305).

PERCHE (E.). — L'infiltration spléno-pneumonique tuberculeuse dans l'enfance (Thèse Lyon, 1933).

PETIT (G.). — L'évolution de la tuberculose (*Le Courrier médical*, n° 6, 7 février 1937).

PEZZANGORA FILLIPO. — L'hyperallergie tuberculinique dans quatre cas de congestion pulmonaire apparemment grippale (*Revue de la tuberculose*, février 1936).

RANKE (K. E.). — Primäraffekt sekundäre und tertiäre stadien der Lungentuberkulose auf Grund von histologischen Untersuchungen der Lymphdrüsen des Lungenpforte (*Deutsche arch. f. Klin. med. Leips*, 1916, CXIX, pt. 1, 201 ; pt. 2, 297, 6 pl.).

— Primäre sekundäre und tertiäre Tuberkulose des Menschen (*München Med. Wochenschr.*, 1917, LXIX, 305-308).

— Die tuberkulosebekämpfung nach dem Krieg (*München Med. Wochenschr.*, 1918, LXV, 320-323).

— Bemerkungen zur Klinischen diagnoseger Entwicklungsformen des menschlichen tuberkulose (*München Med. Wochenschr.*, 1922, LXIX, 69-72).

- Die Beteiligung der Lunge an den allergischen studien der Tuberkulose (*Beitr. z. Klin. d. Tuberk. Berl.*, 1922, III, 212-228).
- REDEKER (F.). — Ueber die exudativen Lungen infiltrate der primären und sekundären tuberkulose (*Beitrage Klin. der tuberkulose*, 1934).
- REICHEL et NAUMANN. — Veber das Weitere Schicksal von Fröhinfiltraten (*Deutsche medizinische Wochenschr.*, juin 1934).
- REICHLE (H. S.) et GALLAVAN (M.). — Acquired resistance to tuberculosis, with investigations into validity of Ranke's classification (*Arch. Path.*, 21 juin 1936, p. 797-817).
- RIBADEAU-DUMAS. — La lésion initiale de la tuberculose pulmonaire (*Soc. Méd. Hôp. Paris*, 1914).
- Les images radiographiques de la tuberculose pulmonaire de l'enfant. Tubercules et réactions tuberculeuses (*Revue de la tuberculose*, 1923).
- RIST (E.). — Les principes de diagnostic rationnel de la tuberculose pulmonaire (*Presse Médicale*, 13 juillet 1916).
- Le début brusque de la tuberculose pulmonaire de l'adulte et la localisation lobaire (*Revue de la Tuberculose*, 1930).
- ROVENSTEIN. — Nettoyages radiologiques chez les tuberculeux pulmonaires. Etude comparative entre l'évolution spontanée de la tuberculose pulmonaire et son évolution au cours de l'aurothérapie (In *Revue Tuberculose*, 1935).
- SALVETTI (G.). — Sopra un caso di splenopolmonite (*Pediatria*, 1920, t. 28, p. 472-477).
- SCHMITT (W.). — Das epituberkulose Infiltrat (*Medizin Klinik*, 1926, t. 22, p. 545-548).
- SCHULZ (E.). — Neue anschauungen über Tuberkuloseentwicklung und Tuberkuloseverlauf. Der « Sekundärherd » (*Med. Klin.*, 24 : 374-377, March. 9, 1928).
- SCHURMANN (P.). — Zur frage der Gesetzmässigkeiten im Ablanfe der Tuberkulose unter besonder Berücksichtigung der Entwicklungsgangslchre Rankes (*Beitr.*

- z. Path. Anat. u. z. Allg. Path.*, 83 : 551-640, 15 janvier 1930).
- SERGENT, BORDET, MOIZESCO. — A propos de nettoyages radiologiques (*Revue Tuberculose*, juin 1927).
- SONNENFELD (T.). — Zur Frage der sogenannten epituberkulösen Infiltrationen bei Erwachsenen (*Beitr. z. Klin. d. Tuberkulose*, 1928, t. 69, p. 209-228).
- SONTO. — Evolution scientifique de la tuberculose (*Bresil medico*, 6 mars 1937, p. 347).
- TENDELOO (N. Ph.). — Die Tuberkulose der Lungenspitze und das « Frühinfiltrat » (*Krankheitsforschung*, 1928, t. 6, p. 159-168).
- THOMSEN (O.). — Ranke's teachings on tuberculosis (*Ugesk. f. looger.*, 99, 12 août 1937, p. 843-847).
- TROISIER (J.). — Leçon inaugurale de la chaire de la Tuberculose (*Presse Médicale*, 7 décembre 1938).
- VELASCO-BLANCO (L.), FERNANDEZ CORDOBA. — Consideraciones sobre la infiltración difusa del periodo secundario de la tuberculosis en el niño (*Arch. latino-am. de Pediat.*, 23 : 253-263, April 1929).
- WAGNER. — Epituberkulöse Infiltration (*Ges. f. inn. med. u. Kinderheilkunde, Wien.*, 25, XI, 1920).
- WANGERMEZ (G.). — Radiologie et évolution de la tuberculose pulmonaire (*Bull. médico-social*, juin 1938, n° 1).
- WAREMBOURG et CORNILLE. — Foyers congestifs aigus curables dans la tuberculose pulmonaire (*Soc. médico-chirurg. des Hôp. de Lille*, novembre 1934).
- WEILL (O.). — La phase secondaire de la tuberculose existe-t-elle (*Le Scalpel*, n° 13, 28 mars 1936).
- La phase secondaire de la tuberculose existe-t-elle (*Soc. Clin. des Hôp. de Bruxelles*, s. du 11 janvier 1936, In : *Brux. Méd.*, n° 16, 16 février 1936).
- WELLMANN. — Contribution à l'étude de la spléno-pneumonie (*Th. de Montpellier*, 1918).
- WORINGER (P.). — Infiltration pulmonaire chronique survenant chez des enfants tuberculeux et disparaissant après une durée de plusieurs mois. Infiltration épituberculeuse ou spléno-pneumonie tuberculeuse chro-

nique (*Revue de la Tuberculose*, 1924, t. 5, p. 616-631).

WURM. — Formes d'évolution de la tuberculose pulmonaire (*Klinische Wochenschrift*, An. XIII, p. 41, n° 2, 13 janvier 1934).

3176. — Imprimerie Jouve et C^{ie}, 15, rue Racine, Paris. — 5-39
